

Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи

Цитирование: Костина Н. И., Кропачева О. С., Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи // Злокачественные опухоли. — 2016. — № 4, спецвыпуск 1. С. — 59–63.

DOI: 10.18027/2224–5057–2016–4s1-59–63

Резюме

Основной целью паллиативной помощи является улучшение качества жизни больного и членов его семьи, что достигается благодаря активному выявлению, тщательной оценке и симптоматической терапии боли и других проявлений болезни, а также оказанию психологической, социальной и духовной поддержки как самому пациенту, так и его близким. Облегчить состояние умирающего пациента только с помощью лекарственных средств невозможно. Одной из важнейших задач хосписной службы является помощь родственникам больных. Актуальным является использование специально разработанных методов по предотвращению эмоциональных и физических срывов у людей, потерявших близкого человека. Важная роль в оказании психологической помощи пациентам с онкопатологией и их родственникам отводится сестринскому персоналу.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

неизлечимые заболевания, онкологические больные, облегчение страдания, паллиативная помощь, процесс умирания, хоспис

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Костина Наталия Ивановна — главная медицинская сестра КОГБУЗ «Кировский областной клинический онкологический диспансер», председатель секции «Сестринское дело в онкологии» Кировской ассоциации медицинских сестер, г. Киров, e-mail: Natalina_kokod@mail.ru

Кропачева Олеся Сергеевна — к.м.н., ассистент кафедры сестринского дела ФГБОУ ВО Кировская ГМА Минздрава России, президент Кировской ассоциации медицинских сестер, г. Киров, e-mail: oskropacheva24@gmail.com

Еще в древние времена люди пытались помочь и поддержать друг друга во время болезни и в преддверии надвигающейся смерти. Умирающего человека окружала обстановка таинственности и торжественности. Болезнь и смерть есть и всегда будут неизбежной частью человеческого опыта. По тому, как общество заботится о детях, престарелых и умирающих, судят о зрелости этого общества. С целью облегчения страданий incurable больного, в том числе умирающего, зарождается паллиативная помощь (и хосписная как ее компонент для оказания помощи в конце жизни) [4].

Паллиативная помощь — всесторонняя медико-социальная помощь больным с диагнозом активного (при наличии симптомов, требующих активного медицинского вмешательства) неизлечимого прогрессирующего заболевания на стадии, когда исчерпаны все возможности специального/радикального лечения [1,2,3]. Основной целью такой помощи является улучшение качества жизни больного и членов его семьи, что достигается благодаря активному выявлению, тщательной оценке и симптоматической терапии боли и других проявлений болезни, а также оказанию психологической, социальной и духовной поддержки как самому пациенту, так и его близким.

Необходимо отметить, что в Федеральном законе Российской Федерации № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» впервые в истории отечественного здравоохранения признается необходимость развития в стране паллиативной помощи. «Паллиативная медицинская помощь, — говорится в законе, —

представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан» (статья 36) [10]. Паллиативная медицинская помощь в соответствии с законом впервые признана одним из видов медицинской помощи, оказываемой населению. В законе говорится о том, что паллиативная помощь «...оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи» (статья 36), а также отмечается, что «паллиативная помощь в медицинских учреждениях оказывается в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи...» (статья 80). Всемирная организация здравоохранения провозглашает основные принципы, в соответствии с которыми паллиативная помощь:

- утверждает жизнь и считает смерть естественным закономерным процессом;
- не имеет намерений продления или сокращения срока жизни;
- старается насколько возможно долго обеспечить условия для того, чтобы больной мог вести активный образ жизни;
- предлагает помощь семье пациента во время его тяжелой болезни и психологическую поддержку в период переживания тяжелой утраты;
- использует межпрофессиональный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи,

в том числе и организацию ритуальных услуг, если это требуется;

- улучшает качество жизни пациента и может также положительно влиять на течение болезни;
- при достаточно своевременном проведении мероприятий в совокупности с другими методами лечения может продлить жизнь больного [4].

Паллиативная помощь складывается из двух больших компонентов — это облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (параллельно с радикальным лечением) и помощь (медицинская, психологическая, социальная, духовная) в последние месяцы, дни и часы жизни. Именно помощи больному в конце жизни в России уделялось и до сих пор уделяется очень мало внимания. Неправильным было бы считать, что умирающий больной нуждается только в уходе. На самом деле существуют профессиональные тонкости искусства облегчения страдания больного, которые могут решить только подготовленный врач и медицинская сестра [2].

В настоящее время в ряде стран «помощь (больному) в конце жизни», или хосписная помощь (end-of-life care), выделена как самостоятельное направление паллиативной помощи [4,9]. Ведущим компонентом в этом направлении является формирование особой философии, организация психологической поддержки больного и его семьи. Поэтому часто говорят, что паллиативная помощь и хоспис как одна из форм паллиативной помощи — это не просто медицинская организация, это — философия.

К сожалению, врачей и медицинских сестер не учат искусству оказания помощи умирающим. До сих пор сохраняется игнорирование умирающих больных, им остается недоступной медицинская помощь, весь уход ложится на плечи родственников и близких. Выбор тактики для облегчения страданий умирающего начинается, как и в любом разделе клинической практики, с всесторонней оценки состояния больного. Необходимо активно выявлять проблемы, которые могут причинять страдания больному. Такая оценка формирует основу не столько для поиска решения отдельных проблем, сколько для определения целей лечения. Процесс оценки может сам по себе быть терапевтическим средством. Он дает пациенту возможность осознать, что его воспринимают как личность и относятся к нему с сочувствием [3].

Поскольку симптомы по сути своей носят субъективный характер, «золотым стандартом» для оценки является описание самим пациентом ощущений и переживаний. Существуют проверенные методики оценки симптомов, которые могут помочь врачу представить себе, как пациент воспринимает тот или иной симптом (например, степень его тяжести и др.). Решая вопрос о проведении диагностических тестов, следует оценить их целесообразность с точки зрения возможности облегчить страдания больного. Не стоит проводить сложную диагностику лишь ради того, чтобы выполнить стандарт обследования [4].

У большинства людей в терминальной стадии жизни наблюдаются патологические изменения аффективной и когнитивной функций, при этом возникает целый спектр эмоций и страхов. Страх потерять контроль над собой, быть брошенным, стать обузой, страх боли и других физических страданий нередко бывает настолько сильным, что у больного возникает желание ускорить приближение смерти. Поэтому при разговоре с больным необходимо провести оценку его эмоционального статуса, уловить признаки депрессии, тревожного состояния и нарушения когнитивной функции, поскольку эти проблемы можно и нужно корректировать [2].

ПРИНЦИПЫ ОБЩЕНИЯ С УМИРАЮЩИМ ЧЕЛОВЕКОМ

Облегчить состояние умирающего пациента только с помощью лекарственных средств невозможно. Не менее важно, а может быть и наиболее важно общение с больным, отношение к нему, как к живому человеку, который слышит и чувствует, нуждается в вашем присутствии и участии до самого конца [4]. Поэтому при общении с умирающим человеком:

- будьте всегда готовы оказать помощь;
- проявляйте терпение;
- дайте возможность ему выговориться, умейте активно слушать;
- произнесите несколько утешающих слов, объясните больному, что испытываемые им чувства совершенно нормальны;
- спокойно относитесь к его гневу и недовольству;
- избегайте неуместного оптимизма.

Умирающему больному необходимо чувствовать себя защищенным. Он хочет, чтобы его успокоили, сказали ему, что он не будет страдать в момент умирания. Надо помочь больному справиться со страхом. Надо говорить с ним о его страхах. Нельзя обходить эту тему молчанием. Необходимо спрашивать, слушать и стараться понять, что чувствует больной, помочь ему доделать земные дела, обещать исполнить его последнюю волю, если он сам не успел что-то сделать. Больному важно знать, что для него делается все возможное. Он не должен чувствовать себя в изоляции, не должен ощущать, что от него что-то утаивают. Нельзя использовать ложные обещания выздоровления как способ не говорить с больным на трудные темы. Основная помощь больному состоит в постоянном общении с ним, в совместном проживании последнего периода его земной жизни. С больным следует установить доверительные отношения. Он должен знать, что в момент смерти не останется один, и что кто-то будет помогать ему, прожить этот период. Само по себе наше присутствие у постели тяжелого больного и умирающего может иметь успокаивающее действие. Больной должен быть уверен в том, что ему помогут снять боль и другие тягостные ощущения в момент смерти. Многие больные нуждаются в телесном контакте с близкими людьми в момент смерти. Они просят, чтобы их взяли за руку, положили руку на лоб, обняли и т. п. [1,2,3].

Для того чтобы помочь больному справиться со страхом, необходимо:

- уметь слушать;
- понимать невербальный язык;
- уметь оказать эмоциональную поддержку;
- общаться с больным, открыто, доверительно;
- относиться к нему с сочувствием и уважением;
- честно отвечать на вопросы;
- не внушать несбыточных надежд;
- давать возможность задавать вопросы;
- понимать потребности больного;
- принимать во внимание и стараться удовлетворить его психические, социальные и духовные потребности;
- предвидеть трудности и быть готовым к их преодолению.

Обобщая проблемы, попробуем провести анализ негативных сторон существующей медицинской системы. Принцип радикальной медицины «Вылечить во что бы то ни стало» содержит в самом себе крайне уязвимую позицию. Можно ли вылечить пациента на всю жизнь? И если да, то тогда он должен умирать здоровым? Но если он умирает не по болезни, а идеально — по старости, то старость — это болезнь или нет? Начав задавать подобные вопросы, мы рано или поздно зай-

дем в тупик. Приходится признать, что когда-нибудь физическая жизнь человека приходит к концу, и это закономерность, принадлежащая самой жизни. Трудно даже представить последствия бесконечной физической жизни, если она будет протекать в тех же временных рамках — рождения, детства, зрелости и старости. Что произойдет с человечеством, если оно добьется массового бессмертия? Итак, рассмотрение смерти как абсолютно негативного явления неправомерно. Смерть так же естественна, как и рождение, и является неизбежным атрибутом жизни [4].

Итак, основополагающим принципом паллиативной медицины является признание естественности смерти. Процесс смерти имеет самые непосредственные аналогии с процессом рождения. Второй постулат паллиативной медицины довольно трудно усваивается медиками, воспитанными в традициях радикальной медицины. Звучит он так: процесс родов наиболее благоприятен для ребенка и матери, если он протекает естественно, соответственно биологическим ритмам обоих, когда в него не вмешиваются извне. Точно такое же отношение переносится в паллиативной медицине и на процесс человеческого умирания. Если запущена программа смерти, то недопустимо тормозить умирание или стимулировать, ускорять его. Именно здесь особенно важна забота врача о душе пациента, которая предполагает помощь больному в том, чтобы выстоять перед лицом фатально неизбежных страданий. И конечно, речь идет, прежде всего, о формировании способности принять и вынести страдания. Забота о пациенте осуществляется комплексно, с точки зрения четырех аспектов помощи: медицинской, психологической, социальной и духовной. Можно сказать, что создание качества жизни должно помочь больному «созреть» для смерти, проходя различные стадии психических переживаний, вплоть до так называемой стадии принятия судьбы [4].

Особое отношение к смерти диктует следующее положение паллиативной медицины. Необходимость полного контакта между врачом, сестрой и пациентом требует совершенного доверия и, конечно же, искренности и честности. Вопрос о том, говорить ли правду о диагнозе и прогнозе заболевания, решается однозначно и индивидуально. Если больной хочет знать правду, ему обязан врач ее сообщить. Проблема заключается в выборе психологических методов, которые позволили бы сказать пациенту правду, не сломав его психику. Важно также не навязывать больному своих представлений о болезни и смерти и по возможности защитить его от прессинга со стороны родственников. Служение, прежде всего самому больному, а не тем, кого он не уполномочивал быть своими представителями, должно быть приоритетным во всех спорных вопросах [6].

Чтобы как-то схематизировать наблюдаемую нами картину болезни, мы приняли за основу те этиологические факторы, которые преобладали на том или ином временном отрезке пути больного. Таким образом, выявилось несколько естественных этапов с присущими им клиническими особенностями:

1. диагностический;
2. этап поступления в стационар;
3. предоперационный;
4. постоперационный;
5. этап выписки;
6. катанестический этап.

В первые три периода (диагностический, поступление в стационар, предоперационный) наиболее часто наблюдался тревожно-депрессивный синдром, проявляющийся общим беспокойством, страхом перед «безнадежным» заболеванием, угнетенностью, мыслями о бесперспективности,

близкой смерти, мучительном конце. Опять же хотелось бы подчеркнуть, что у людей, отказавшихся от операции, после того как они осознали свой онкологический диагноз, последствия калечащей операции, инвалидность, отсутствие гарантий рецидива, — отказ от лечения можно трактовать как «пассивный суицид» [4].

Тревожно-депрессивный синдром был преобладающим среди других и на этапе «поступления в клинику»: 96 случаев (45,2%) и в предоперационном периоде 102 случая (52,3%).

При поступлении больной адаптировался к новым условиям. Терялась связь с привычным образом жизни, происходил контакт с другими онкобольными, обмен информацией, среди которой негативная (смерть во время или после операции) имела особо тяжелый характер, внутренняя картина болезни (по Лурия) [2,3], у самого больного, зачастую искаженная слухами, представлениями о «заразности рака» и т. д., способствовала переживанию экстремальной ситуации. Исследование связи психогенных реакций с локализацией процесса выявило прямую зависимость между степенью калечащей операции, определяемой местом поражения, и выраженностью эмоциональных расстройств. Эти особенности начинали выявляться на послеоперационном этапе. Так, у больных раком желудка тяжелая степень переживания отмечалась в 14,6% случаев, у больных раком прямой кишки — в 39,8% [24]. Та же зависимость обнаружилась при различном характере оперативного вмешательства. У больных с экстирпацией прямой кишки при выписке выявлялись более тяжелые переживания (35,8% тяжелой степени эмоциональных расстройств), чем у больных с резекцией (9,5% тяжелых переживаний). Связь психогенных реакций с возрастом больных обнаружила тенденцию к более сильным переживаниям у лиц молодого возраста. Так, в двух группах с приблизительно аналогичными случаями среднее число тяжелых переживаний у больных от 30 до 50 лет составляло 42%, у больных в возрасте от 50 до 70 лет — 31,6% [2,4].

Наблюдение над родственниками больных и исследование взаимоотношений в семьях пациентов выявило наличие внутрисемейных конфликтов, моменты неблагополучия в 82% случаев, которые требовали определенной коррекции со стороны персонала хосписа. Следует оговориться, что в основе этих дисгармоний чаще всего лежал экономический фактор (квартирно-бытовые проблемы, завещание, наследство и т. п.). Но также и в иных, положительных в этом плане ситуациях родственники больного и после его потери нуждались в психологической поддержке. Более 75% родственников сохраняли связь с хосписом в течение года. Более длительные сроки связи с хосписом сохраняли 49% близких больного.

Под проблемами больных на поздних, инкурабельных стадиях заболевания мы понимаем такие проблемы в жизни больного, которые им не разрешены и являются факторами, травмирующими его психику. Одна из них — на этом этапе наиболее значимая — проблема смерти и умирания [1,2,3]. Проблема смерти отягощается проблемами лжи. Мы много говорим о лжи во спасение, но обратимся к самим себе: возможно ли не почувствовать приближения смерти?.. Больные ощущают ложь скорее, чем кто-либо другой, ибо в период умирания невероятно обостряются все чувства. Очень часто родственники больного просят не говорить ему правду, они обманывают себя и обманывают больного, пытаются тем самым облегчить его участь и не отнимать надежду. Нужно сразу поставить родственников перед фактом, что в первую очередь должен соблюдаться принцип уважения человеческого достоинства и автономии пациента. Одним из важных принципов общения с больным является принцип сообщения информации постепенно, по частям. Поскольку известие

о серьезном диагнозе и, особенно о неблагоприятном прогнозе может нанести пациенту тяжелую психическую травму. Открытие правды по частям помогает человеку подготовиться [3].

Безусловно, нам не перечислить всех психологических проблем, с которыми сталкивается уходящий больной, хотя они на поверхности: проблемы любви, надежды, долга, вины, благодарности; сохранение своей жизни в детях, идей — в учениках и т. д. Но все они преломляются в зеркале смерти и настолько индивидуальны, что даже кратко обрисовать их в данном обзоре не представляется возможным.

Подытоживая перечисленные проблемы, можно еще раз подчеркнуть, что боль, смерть и отсутствие гарантированной социальной помощи, — основные проблемы, которые ждут своего разрешения. То внимание, которое мы оказываем приходящим в мир, должно оказываться и тем, кто его покидает. Несмотря на множество индивидуальных особенностей, существуют общие типы реагирования на известие о приближающейся смерти.

Большинство исследователей фиксируют пять основных психологических реакций больного: шок, стадия отрицания, стадия агрессии, стадия депрессии и стадия принятия. Итак, более подробно остановимся на каждой фазе адаптации больного к экстремальной ситуации близкой смерти [4].

Фаза шока. Сознание больного наполняется картиной неотвратимой гибели, и психическую боль этой стадии трудно определить в словах. **За ним следует фаза отрицания, вытеснения ситуации.** Однако в переживаниях больного ситуация кризиса остается, хотя и вытесняется в подсознание. Извечный ход спасительной мысли о врачебной ошибке, о возможности нахождения чудотворных лекарств или целителя дает передышку простреленной психике, но в то же время в клинической картине начинают возникать проекции прошлого, эквиваленты кризисной ситуации, которая переживалась пациентом когда-либо раньше. **В фазе агрессии** полученная информация признается, и личность реагирует поиском причины и виноватых. Не стоит забывать, что агрессия часто является реакцией, скрывающей в себе аффект страха. Тем не менее, результаты ее нередко могут быть крайне драматичными. Один пациент удивил врача, которого обвинил в том, что тот «проглядел диагноз» [3,4].

Позиция врача или сестры — принять этот выплеск на себя из милосердия к пациенту. Мы должны помнить, что агрессия, не находящая объекта вовне, обращается на себя и может иметь разрушительные последствия в виде самоубийства. Больной не должен оставаться один, пока не выплеснет свои эмоции. Вслед за агрессией начинается **стадия «торга»**. Больной вступает в переговоры за продление своей жизни, обещая, например, стать послушным пациентом или примерным верующим. **Фаза депрессии также должна быть пережита**, чтобы дать больному новое качество жизни. Чувства обиды и вины, раскаяния и прощения перемешиваются в психике, складываясь в смешанный комплекс, который трудно изжить. Тем не менее, и в оплакивании себя, и в составлении завещания, в которых находят место и надежда на прощение и попытка что-то исправить, депрессивная стадия себя изживает. В страданиях происходит искупление вины. На смену приходит **стадия примирения с судьбой**. Это именно тот момент качественной перестройки жизни, переоценки физических и материальных истин ради истин духовных. Смысл бытия, даже неопределяемый словами, начинает распускаться в умирающем и успокаивает его. Отсюда рождаются улыбки, для близких, и радость свидания, и доверие к воле судьбы [4].

Обычно, когда человек попадает в больницу, он лишается дома: он лишается обычной жизни, своих близких, которых

может видеть только в определенные часы, лишен и привычно окружающих его предметов, здесь он подчинен режиму государственного учреждения. Словом, в больнице происходит депривация дома. В связи с этим чуткость, милосердие и внимание персонала к желаниям (и пожеланиям) больного приобретают особую значимость. Именно эти гуманные нравственные начала и заложены в психотерапевтической этике хосписной службы:

1. Отношение к пациенту как к личности.
2. Страдание страшно не само по себе, а когда оно бессмысленно, поэтому смысл обретается в ценностях окружающего мира:
 - в поисках истины, Бога;
 - в красоте;
 - в любви; в прощении и примирении с врагами;
 - д) в окружающем мире.
3. Делать добро.
4. Минимум вреда и травматичности для пациента.
5. Оказание помощи, когда ее ждут или просят.
6. Уважение к жизни.
7. Принятие неизбежности смерти.
8. Использование всех ресурсов пациента.
9. Исполнение последнего желания.
10. Нельзя, чтобы лечение было тяжелее самого заболевания.
11. Стремление сохранить жизнь, но при биологической невозможности — создание условий комфортной смерти.
12. Индивидуальным потребностям больного дается приоритет перед социальными правилами. Больной должен чувствовать свободу, не ограниченную режимными моментами хосписа, поскольку он живет в особом времени и пространстве.
13. Чем меньше ожиданий, тем выше качество жизни.
14. Больной и семья — единое целое. Забота о семье — это продолжение заботы о пациенте [5].

Из этики паллиативной медицины вытекают основные принципы ухода за пациентом:

1. Умение слушать.
2. Терапия присутствием.
3. Умение служить.
4. Умение жить с пациентом.
5. Важность создания психотерапевтической среды.
6. Единство персонала и семьи в уходе за пациентом.
7. Привлечение волонтерской службы.
8. Индивидуальный подход к каждому пациенту и его близким.
9. Использование всех резервов.
10. Удовлетворение духовных потребностей.

Каждый человек уникален, каждый по-своему воспринимает полученную информацию. Реакция пациентов на плохие известия зависят от психологического типа личности. Поэтому для эффективного разговора с больным, поддержки в трудную минуту надо знать его психологические особенности. Выдающийся психотерапевт профессор А.В. Гнездилов на основании собственного опыта описал психогенные реакции различных психологических типов больных и основных способов их терапии [4].

Одной из важнейших задач хосписной службы является помощь родственникам больных.

Смерть больного вызывает эмоциональное и физическое потрясение у его родственников. Печаль — нормальная реакция, но всепоглощающая печаль отрицательно влияет на соматическое и психическое состояние, что может привести даже к смерти. Применяют специально разработанные

методы по предотвращению эмоциональных и физических срывов у людей, потерявших близкого человека. Krant выделил следующие потребности родственников умирающих больных [7]:

1. Быть с больным во время смерти;
2. Иметь возможность помогать больному;
3. Быть уверенным. Что больному комфортно;
4. Получать ежедневную информацию о состоянии больного;
5. Быть лично информированным о приближающейся смерти больного;
6. Быть в состоянии справляться со своими эмоциями;
7. Быть в состоянии упокоить больного в любое время;
8. Иметь поддержку медицинского персонала.

Забота о родственниках больного и их поддержка осуществляется, прежде всего, в процессе общения с медицинским персоналом, родственники за период болезни близкого человека проходят все те же стадии, что и больной, — начиная от отрицания, нежелания принять информацию о диагнозе и прогнозе, до — через агрессию и депрессивный период — принятия своего положения и смирения с судьбой. Интенсивность их переживаний может быть невероятно сильной. Статистика достаточно впечатляет: в первые год-два после потери близких заболеваемость и смертность их родственников возрастает, по одним источникам, на 40%, по другим — в два-три раза [4,9].

Поддержка родственников в хосписе начинается с того, что им предоставляется возможность в любое время дня и ночи находиться рядом со своим близким. Забота о состоянии родственников, участливое отношение к их переживаниям крайне значимо и для них необходимо. Люди часто спрашивают: «Как облегчить горе?». Но это порой невозможно, да и не нужно. Будьте уверены, что настанет время, когда вы сможете управлять своим горем, а не горе будет управлять вами. Крайне трудна ситуация смерти больного. Здесь от персонала требуется особая тактичность, ведь порой, когда родственники «держат» больного, не давая ему умереть спокойно, персоналу приходится просить их оставить пациента, чтобы он мог уйти без лишних душевных травм. Существует представление

о том, что именно близкие должны увидеть последний взгляд или услышать последние слова умирающего. И когда этого не происходит, у родственников нередко возникает негативная реакция. Персонал часто становится объектом агрессивных реакций близких больного, их несправедливых упреков и обвинений. И в этот момент недопустимо возражать родственникам, что-либо отрицать или даже просто подвергать сомнению. Необходимо позволить находящимся в горе (всяк переживает его по-своему) выплеснуть свои эмоции, будь они агрессивные, депрессивные или какие-либо иные. Это необходимая в данном случае психотерапия [2,3,6].

Период после смерти больного. Хорошо известно, что шоковая реакция после потери близкого человека развивается не сразу, а носит часто отставленный характер. Ощущение потери впервые дни, заполненные похоронными хлопотами, не так болезненно, но вот наступает время, когда как будто все сделано, и в наступившем «покое» чувство потери выступает новой силой. Как никогда, родственники нуждаются в психологической поддержке. Участие персонала столь насущно, что большинство родственников приходит в хоспис, чтобы вместе вспомнить последние дни умершего. Мы должны проявить максимум сочувствия и поддержки родственникам [4,7]. Во-первых, нужно купировать чувство вины, часто возникающее у них. Нужно не раз и не два подчеркнуть в беседе, что родственник сделал все возможное для пациента, что нахождение в хосписе было необходимым и облегчило страдания перехода. Во-вторых, нужно дать родственнику ощутить неформальность контакта, чтобы он понял, что в лице работников медицинской организации он имеет сочувствующих и сопереживающих ему друзей, которые и в дальнейшем готовы встречаться и разделять с ним (с ними) память об умершем.

Таким образом, состояние неуверенности, ощущение тревоги и растерянности родственников ощущают на себе больные. В связи с этим психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи является одним из важнейших направлений в деятельности медицинских работников, в том числе сестринского персонала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Введенская Е. С., Соколова Е. Г., Петрушов П. К. Паллиативная помощь: содержание, определяющее подходы к формированию службы и контингентов больных // 5.Росмедпортал.ком, электронный научно-практический журнал. 2012, т. 3, с. 136–144.
2. Введенская Е. С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца. Нижний Новгород: Издательство НГМА, 2011.
3. Введенская Е. С. Паллиативная помощь — инновационное направление современного здравоохранения. В кн.: Актуальные проблемы химии, биологии и медицины. Красноярск: Научно-инновационный центр, 2011. Кн. 3. С. 5–26.
4. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине и сказкотерапии для врачей, психологов, волонтеров и всех интересующихся проблемой. — К.: АДЕФ-Украина», 2013. — 256с.
5. Паллиативная помощь онкологическим больным. Учебное пособие под редакцией профессора Г. А. Новикова и академика РАМН, профессора В. И. Чиссова, М.: ООД «Медицина за качество жизни», 2006.
6. Экерт Н. В., Новиков Г. А., Хетагурова А. К., Шарафутдинов М. Г. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи. М.: ММА им. И. М. Сеченова. 2008. 58 с. 7. Хосписы: сборник / под ред. В. В. Миллионщиковой, П. Н. Лопанова, С. А. Полишкиса. — М.: Грантъ, 2003. — 280с.
8. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323 — ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
9. Frank D. Ferris, Charles F. von Gunten, Linda L. Emanuel. Ensuring competency in end-of-life care: controlling symptoms // BMC Palliative Care. 2002, 1: 5.